UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 485

DES ARTHRITES

HUMATISMALES ET PSEUDO-RHUMATISMALES

DU LARYNX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1902

PAR

Victor MOURRUT

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. ANDRÉ, ✻, ✪ I., *Président.*
TAPIE, ✪ I.,
GARRIGOU, ✪ I., } *Assesseurs.*
MOREL, ✪ A.,

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 485

DES ARTHRITES

RHUMATISMALES ET PSEUDO-RHUMATISMALES

DU LARYNX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1902

PAR

Victor MOURRUT

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. ANDRÉ, ✠, ✪ I., *Président.*
TAPIE, ✪ I.,
GARRIGOU, ✪ I.,
MOREL, ✪ A.,
Assesseurs.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✻, ✪ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✪ I. MOSSÉ, ✻, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✪ A.
Chimie	ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O ✻, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MA FIANCÉE

Je dédie ce modeste travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546521_0069

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de ma scolarité, j'aime à me rappeler que de nombreuses et chères personnes m'ont toujours généreusement prodigué les marques du plus vif intérêt, et ce m'est un devoir bien doux à remplir que de leur exprimer publiquement toute ma reconnaissance.

C'est à mes chers parents qu'iront mes premiers et mes plus vifs remerciements ; j'ai trouvé chez eux non seulement une affection sans bornes mais encore un dévouement qui les a fait ne reculer devant aucun sacrifice. Mon père a toujours été pour moi mieux qu'un père : un ami ; ma mère m'a témoigné dans toute circonstance une tendresse inépuisable ; je les en remercie tous deux du plus profond de mon cœur.

Parmi les personnes qui se sont le plus intéressé à mes études, je distingue mon oncle, ancien capitaine, chevalier de la Légion d'hon-

neur ; je suis heureux de pouvoir adresser à sa mémoire le témoignage de ma plus vive reconnaissance.

J'ai trouvé tout le long de ma route de nombreux et sincères amis qui m'ont aidé par leur bonne humeur et leur franche amitié à triompher de ces mauvaises heures de lassitude et d'ennui qui apparaissent inévitablement dans la vie d'un jeune. Ils voudront bien tous se reconnaître ici et croire à l'affirmation de ma plus profonde gratitude.

Je suis heureux enfin d'avoir une occasion qui me permette de m'acquitter de la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers mon maître M. le docteur Escat.

M. le docteur Escat, qui m'a inspiré le sujet de ce travail et qui a guidé mes premiers pas dans la Laryngologie, n'a ménagé pour moi, ni son temps ni ses précieux conseils. Qu'il me permette de lui adresser mes plus vifs remerciements.

M. le professeur André me fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; je me fais un très agréable devoir de lui en témoigner ici ma profonde et respectueuse gratitude.

Je n'aurais garde d'oublier ici M. le docteur Baylac, car je tiens à lui redire combien je lui suis obligé des soins éclairés et des paternels encouragements qu'il a bien voulu me donner à une époque où je croyais ma santé un peu chancelante.

Enfin, M. le docteur Dieulafé a mis un bienveillant empressement à me faire part de ses travaux personnels, travaux que j'ai eu le plaisir de citer dans cet ouvrage ; qu'il veuille bien accepter mes sincères remerciements.

Introduction

Les arthrites du larynx ont enfin acquis droit de cité dans la pathologie de l'organe vocal. Ce n'est que justice, car rien ne peut nous faire admettre que les petites articulations laryngiennes échappent à une loi générale ; et la clinique nous a en effet prouvé que, malgré leur faible volume, elles sont susceptibles de s'enflammer au même titre que les grosses articulations de nos membres, et pour les mêmes raisons.

Mais nous n'avons en vue ici qu'une certaine catégorie d'arthrites laryngées. Nous laisserons de côté comme étant plus connues et mieux décrites les arthrites traumatiques et les arthrites secondaires par propagation qui sont si fréquentes au cours de la syphilis, de la tuberculose, etc..., et nous nous bornerons à étudier les arthrites primitives, celles où le processus inflammatoire débute par la synoviale, c'est-à-dire les synovites primitives.

C'est de cette façon que nous ne décrirons ici que le groupe des arthrites rhumatismales et pseudo-rhumatismales, comme l'indique notre titre.

Qu'est-ce qu'une arthrite rhumatismale ?

Qu'est-ce qu'une arthrite pseudo-rhumatismale ?

Je crois qu'il sera bon de s'expliquer sur ce point avant d'entreprendre quoi que ce soit, car le mot « pseudo-rhumatisme » est si discuté à l'heure actuelle, qu'il est absolument indispensable de le définir.

Depuis que Delioux, en 1854, eut signalé la chose, tous les cliniciens furent frappés par un double fait. C'est que les manifestations articulaires étaient relativement fréquentes au cours des maladies infectieuses, et que leur tableau symptomatique différait largement de celui que l'on avait coutume de trouver dans le rhumatisme articulaire aigu.

En 1883, dans sa thèse inaugurale, Bourcy[1] de Paris, eut le mérite de faire à ce sujet une étude complète et détaillée et de mettre au point la question.

Bourcy distingue deux grandes classes :

1° *Le rhumatisme articulaire aigu*, ou rhumatisme vrai « qui lèche plutôt qu'il ne lèse les articulations » et qui est presque toujours polyarticulaire.

2° *Les pseudo-rhumatismes*, ou rhumatismes faux, divisés eux-mêmes en pseudo-rhumatisme vrai ou maladie arthrito-suppurative de Quinquaud[2] et en pseudo-rhumatismes dans les maladies infectieuses.

(1) Bourcy. Thèse de Paris, 1883.

(2) Quinquaud. *Gazette médicale* (1871), p. 206 et 280.

Ces pseudo-rhumatismes sont monoarticulaires et font des lésions locales profondes.

Donc, rhumatisme vrai, rhumatisme faux, telle est la division qui fut alors admise et qui encore, à l'heure actuelle, compte quelques partisans.

Cependant, quelle est la raison d'être de cette division ? Sur quoi est-elle basée ?

En dehors des différences symptomatologiques, on ne pourraît invoquer que deux grandes différences fondamentales, c'est que :

a). Le rhumatisme articulaire aigu ne serait pas une maladie infectieuse, mais une dyscrasie.

b). Dans le rhumatisme articulaire aigu, les troubles articulaires seraient la maladie elle-même, tandis que, dans les infections, ils n'apparaîtraient que comme complications.

Avec les découvertes récentes, ces objections perdent de leur valeur et les deux sortes de rhumatismes tendent de plus en plus à se confondre.

a). D'abord, la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu ne fait plus de doute pour personne. Le cadre de notre sujet ne nous permet pas d'énumérer ici quelles sont les raisons de cette affirmation et nous nous bornerons à dire que, grâce à des travaux déjà anciens, on ne discute plus sur ce point fondamental.

Il ne faut cependant pas rejeter d'emblée hors de

la pathogénie du rhumatisme l'élément dyscrasique, et cela, nous le démontrerons plus loin.

b). La deuxième objection perd tous les jours de sa valeur.

Si les cliniciens observent, ils constateront que dans toutes les polyarthrites synoviales aiguës, il se produit, avant l'apparition des troubles articulaires, une angine ; et ils auront la sensation très nette que les fluxions articulaires sont une complication de cette angine.

Il faut, en effet, une porte d'entrée au germe du rhumatisme. On a constaté jusqu'ici que cette porte d'entrée est l'amygdale ; ne soyons pas pourtant trop exclusif, et admettons la possibilité de ce fait que les agents infectieux du rhumatisme peuvent pénétrer dans l'organisme par tous les points du tube digestif.

Cependant, l'origine lacunaire du rhumatisme compte tous les jours de nouveaux partisans.

Lasègue[1], en 1868, dans son Traité des Angines, consacre un merveilleux chapitre à l'angine rhumatismale.

Je ne peux résister au désir de citer ici les propres paroles du célèbre professeur :

« Je n'ai jamais vu, quoique j'ai eu, comme tous les médecins chargés d'un service hospitalier, à traiter

(1) Lasègue. *Traité des angines*, p. 181.

un nombre considérable de rhumatismes, je n'ai jamais vu l'angine apparaître dans le cours de la maladie. Elle appartient, toutes les fois qu'elle se montre, à la période prodromique ou mieux à la période d'*incubation*, et c'est elle qui constitue la première manifestation *souvent négligée ou méconnue*. »

Et plus loin :

« Sa fréquence, son apparition hâtive et vraiment prémonitoire donnent à l'angine rhumatismale aiguë une signification incontestable. Débutant à une période où nul autre phénomène ne pourrait faire supposer l'imminence d'un rhumatisme dont elle est le précurseur, elle permet au médecin une prévision à longue échéance. Dire d'un homme qui accuse un mal de gorge à peine douloureux, qu'avant peu de semaines il doit s'attendre à un rhumatisme articulaire, c'est, chose rare dans les maladies aiguës, devancer de loin les événements. »

Nous passerons sous silence les divers travaux qui ont paru après Lasègue, afin de ne pas trop prolonger ce chapitre d'introduction.

Disons cependant qu'en 1895, Suchannek [1], privat-docent à Zurich, traite « des rapports entre l'angine et le rhumatisme articulaire aigu » et déclare que le

(1) Dr H. Suchannek. Samml... aus den Gebiete der Nasen-Ohren (1895), fasc. 1.

rhumatisme est une maladie infectieuse qui évolue sous forme de pyohémie atténuée. L'infection a pour porte d'entrée l'anneau pharyngien de Waldeyer ou les amygdales palatines et le germe infectieux provoque une amygdalite lacunaire qui souvent passe inaperçue *tandis que les articulations sont affectées secondairement.*

En 1896, Grœdel [1] traite du rhumatisme articulaire consécutif à l'angine.

Et depuis, les observations positives se succèdent de plus en plus nombreuses jusqu'à Charrin [2], en 1900. Il est intéressant de mentionner ici la nouvelle théorie émise par Charrin en 1900 à la Société de biologie, théorie à laquelle nous déclarons nous rattacher.

Charrin déclare d'abord, et cela en s'appuyant sur les travaux de bactériologistes tels que Klebs, Bouchard, Thiroloix, Oppenheim et bien d'autres que j'oublie de mentionner, qu'il n'y a pas d'agent spécifique du rhumatisme. Toutes les variétés d'agents pathogènes, après avoir pénétré dans la circulation par voie amygdalienne et déterminé une angine, peuvent provoquer des inflammations des séreuses et synoviales ; mais il faut remarquer cependant que l'on trouve le plus souvent dans les épanchements morbides : du streptocoque et surtout du staphylocoque blanc.

(1) Grœdel. *Deutsch. med. Wochens.* (1896), nº 17.
(2) Charrin. Commun. à la Soc. de biologie (1900).

Une objection vient naturellement à l'esprit. Comment se fait-il que toute angine infectieuse ne soit pas la source de rhumatismes ? « C'est que, dit Charrin, la dyscrasie acide précède l'attaque rhumatismale ; les manifestations dites rhumatismales ne se produisent que sur un terrain préparé par l'hérédité, par un vice acquis de nutrition ou par le froid humide qui, en fermant les glandes de la peau, entrave l'élimination des acides et diminue par suite l'alcalinité des humeurs. »

Ainsi, dyscrasie acide et agent infectieux non spécifique, microbe quelconque, cela suffit pour produire du rhumatisme articulaire aigu.

Il nous semble utile de citer ici les quelques lignes que notre maître Escat [1], dans son Traité des maladies du pharynx, consacre à la théorie de Charrin, à laquelle il se rallie :

« Cette théorie, dit-il, assimile le rhumatisme franc aux pseudo-rhumatismes, le faisant rentrer dans le même groupe, ce qui revient à dire qu'il n'y a point un rhumatisme vrai à côté de rhumatismes faux et qu'il y a seulement des rhumatismes, à agents étiologiques différents mais à pathogénie identique. »

Il n'y a donc que des rhumatismes.

Il semble alors fort illogique que nous conservions notre titre « Des arthrites rhumatismales et pseudo-rhumatismales du larynx » ; nous devions dire :

(1) Escat. *Maladies du Pharynx.*

« Des arthrites du larynx dans les rhumatismes » ou encore : « Des arthrites du larynx dans les infections. » Mais nous ne pouvons pas enterrer encore les rhumatismes faux parce que les débats et les discussions sur ce sujet ne sont pas encore terminés et que rien ne nous autorise à trancher la question nous-même.

Telles sont les considérations que nous avons cru devoir placer en tête de notre modeste travail pour ajouter à sa clarté.

Historique.

La thèse de Desbrousses [1], en 1861, constitue le premier travail publié sur les arthrites du larynx.

Il y est question d'une arthrite crico-aryténoïdienne d'origine rhumatismale. Cette observation est surtout démonstrative, parce que (chose rare) elle est suivie d'une autopsie ; et cette autopsie nous montre dans la synoviale atteinte la présence d'un liquide inflammatoire.

Malgré tout, ce fait isolé ne frappe pas l'esprit des médecins de cette époque et passe presque inaperçu ; il faut, pour le tirer de l'oubli que vingt-deux ans plus tard, en 1883, Archambault [2], dans sa thèse inaugurale. le reprenne en le discutant et en l'accompagnant d'observations nouvelles.

Dans l'intervalle cependant, en 1875, Libermann [3], médecin militaire de l'Hôpital du Gros-Caillou, ob-

(1) Desbrousses. Thèse de Strasbourg (1861).
(2) Archambault. Thèse de Paris (1883).
(3) Libermann. *Soc. méd. des Hop.* (1875).

serve un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne très nette chez un sujet atteint de blennorrhagie, avec d'autres localisations articulaires, et Windelschmidt [1], de Cologne, publie en 1891, un cas d'ankylose temporaire des deux articulations crico-aryténoïdiennes dans la polyarthrite synoviale aiguë.

En 1882, Morell-Mackenzie [2], dans son Traité pratique des maladies du larynx, au chapitre des ankyloses, admet la possibilité d'ankyloses à la suite d'une synovite primitive rhumatismale « d'origine goutteuse ou simplement catarrhale. »

En 1886, nous trouvons une observation d'arthrite crico-aryténoïdienne au cours d'un rhumatisme aigu, due à Ramon de la Sotà y Lastra [3]; une autre est due à Raymond [4], de Paris; cette dernière avec des troubles fonctionnels si graves que la trachéotomie est jugée nécessaire.

En 1887, G.-W. Major [5] publie un nouveau cas d'arthrite rhumatismale.

En 1889, W.-K. Simpson [6] relate un cas d'arthrite blennorhagique crico-aryténoïdienne et le considère

(1) Windelschmidt. *Monatsch. für Ohren* (1881), nº 10.

(2) Morell-Mackenzie. *Traité pratique des mal. du larynx.*

(3) Ramon de la Sota. *Revista de laryngologia*, tome II, nº 1, juillet 1886.

(4) Raymond. *Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet 1886.

(5) G.-W. Major. *New-York méd. Journal*, 24 septembre 1887.

(6) W.-K. Simpson. *The med. Record*, 1889.

comme le plus intéressant qui ait jamais paru dans la littérature médicale.

A partir de cette époque, c'est-à-dire trente ans après qu'elle est née, l'arthrite du larynx prend de plus en plus d'importance à telle enseigne que M. Lacoarret[1], de Toulouse, fait paraître sur ce sujet, en 1891, un excellent travail. Il n'avait paru jusque-là que des observations isolées qui possédaient parfois des commentaires, mais toujours trop concis. Le travail de M. Lacoarret est une étude d'ensemble qui a le mérite d'être la première en date.

C'est dans une communication faite à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (séance du 4 mai 1891), que M. Lacoarret traite des Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne ; il passe en revue : arthrites a frigore, arthrites traumatiques, etc., et il est évident que les arthrites rhumatismales, blennorhagiques et autres arthrites infectieuses n'y sont pas oubliées.

Ensuite paraît, en 1892, un travail fort intéressant, dû à Grünwald[2], de Munich. Il y est question des inflammations primaires articulaires et périarticulaires crico-aryténoïdiennes. (Ueber primœre Entzündungen im und am cricoarytenoidalgelenk).

L'auteur les divise en cinq groupes :

1° Forme pure de synovite aiguë rhumatismale ;

(1) Lacoarret. *Soc. franç. d'Otol. et de Laryngol.*, 4 mai 1891.
(2) Grünwald. *Berliner Klinische Wochenschrift* (n° 20), 1892.

2° Synovite aiguë compliquée;

3° Cas d'un ensemble symptomatique rudimentaire;

4° Périarthrite aiguë;

5° Etats chroniques secondaires.

Grünwald insiste surtout sur la symptomatologie, et dans ce chapitre sur les troubles fonctionnels principalement (dysphagie, dyspnée, etc.).

Puis, viennent Simanowski[1], de Saint-Pétersbourg, et Schrötter qui signalent chacun des observations nouvelles d'arthrite crico-aryténoïdienne chez des rhumatisants.

La même année, Luc[2] fait paraître, dans les *Annales des maladies de l'oreille*, une observation d'arthrite rhumatismale gauche, se manifestant par de l'enrouement, de la dyspnée, du cornage, et à l'examen laryngoscopique par une adduction de la corde vocale gauche immobilisée en cette position. Luc considère cette observation comme unique dans la science, ce qui le fait vivement attaquer par M. Lacoarret[3] qui, dans un article publié dans le *Bulletin et Mémoires de la Société de laryngologie de Paris*, lui reproche de ne pas avoir lu le travail qu'il a fait paraître en 1891.

(1) Simanowski. *Vratsch* (n° 18-20).

(2) Luc. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1892, p. 208.

(3) Lacoarret. *Bull. et mém. de la Soc. de laryng. de Paris*, (janvier 1892).

En 1893, Compaired [1], de Madrid, publie trois nouveaux cas, sous le titre d'arthrites crico-aryténoïdiennes aiguës et subaiguës de nature rhumatismale.

La même année, Newcomb [2] fait paraître une nouvelle observation, et Casselbery [3], professeur de laryngologie au Médical-Collège de Chicago, nous montre un cas d'arthrite déformante du larynx chez une veuve de 58 ans.

En 1894, la clinique vient confirmer les prévisions de M. Lacoarret et nous montre qu'il y a des infections autres que le rhumatisme et la blennorhagie qui peuvent donner lieu à des arthrites primitives du larynx.

En effet, le Dr Rueda [4], de Madrid, publie un cas d'arthrite syphilitique primitive ; c'est une arthrite crico-aryténoïdienne aiguë, indépendante de toute autre manifestation spécifique du larynx. L'auteur insiste bien sur ce fait que ce n'est pas une arthrite par propagation.

En 1895, Symonds [5] relate une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche.

(1) Compaired. *Bollett. delle Malattie dell'orecchio, della golla*, 1893, no 1.

(2) Newcomb. *Intern. méd. Magazine*, 1893.

(3) Casselbery. *New-York med. Journal*, 1894, p. 38.

(4) Rueda. *Revue hebd. de laryng.*, 1894, p. 38.

(5) Symonds. *Soc. laryng. de Londres*, 1894.

Après lui, Meyer [1] ajoute à la liste déjà longue un nouveau cas d'arthrite aiguë rhumatismale.

Ensuite, Abate [2] et Frendenthal [3] décrivent une arthrite rhumatismale d'origine goutteuse.

En 1896, Birkett [4] observe un cas d'arthrite blennorhagique crico-aryténoïdienne gauche.

Sendziack [5], de Varsovie, publie une observation d'arthrite crico-aryténoïdienne double chez une femme enceinte, atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Spencer [6], en 1898, produit un nouveau cas d'arthrite chez un homme de 62 ans. Semon [7] nous donne un cas analogue en 1899.

Baurowicz [8], la même année, rapporte un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale, fort intéressant en ceci que l'affection crico-aryténoïdienne précéda de six jours les fluxions des autres articulations. Cette observation est rapportée par le Dr Jankelewitch, dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie.*

(1) Meyer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1894 (nº 16).

(2) Abate. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1895, p. 298.

(3) Frendenthal. *Journal of. laryng. otol and rhinol*, février 1895.

(4) Birkett. Congrès de l'Assoc. de laryng. américc., 14 mai 1896.

(5) Sendziack. *Archiv. fur laryng.*, 1896, liv. 4 (nº 2).

(6) Spencer. *Soc. laryng. de Londres.* 3 mars 1898.

(7) Semon. *Soc. laryng. de Londres*, 3 mars 1899.

(8) Baurowicz. *Revue de Moure*, 1899, t. I, p. 673.

Sendziack [1], de Varsovie, publie ensuite deux nouveaux cas.

Wolkenstein [2], relate aussi, en 1899, un cas d'arthrite rhumatismale de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Grabover [3], la même année, publie un cas d'ankylose de cette articulation.

Encore, en 1899, le professeur Potain [4], dans un travail sur le Rhumatisme grippal et son début laryngé, analyse une observation d'arthrite crico-aryténoïdienne gauche. Le malade qui est en cause a d'abord été atteint de grippe avec laryngite grippale, bientôt suivie d'arthrite crico-aryténoïdienne ; quelques jours après il y a eu polyarthrite.

Potain fait de cette affection un pseudo-rhumatisme d'origine grippale ou mieux un rhumatisme grippal.

En 1901, notre maître Escat [5], de Toulouse, fait paraître un travail d'ensemble sur les arthrites du larynx rhumatismales et pseudo-rhumatismales.

Escat s'attache plus particulièrement aux détails de la symptomatologie.

C'est dans cet ouvrage que nous voyons apparaître

(1) Sendziack. *Revue hebd. de laryng.*, 2 déc. 1899.

(2) Wolkenstein. *Ejenedlick*, 1899, nº 49.

(3) Grabover. *Soc. laryng. de Berlin*, 17 mars 1899.

(4) Potain. *Journal de méd. interne*, 1er juin 1899.

(5) Escat. *Arch. intern. de laryng. oto. rhino.*, janvier 1901.

pour la première fois l'arthrite crico-thyroïdienne. L'auteur en rapporte deux observations qui sont intéressantes au plus haut degré.

Pour terminer ce chapitre d'historique, il faut citer l'observation de Mounier [1] (1901), qui nous présente, dans les *Annales des maladies de l'oreille*, un cas d'arthrite double crico-aryténoïdienne, d'origine grippale.

(1) Mounier. *Ann. des mal. de l'or.*, 1901.

Etiologie

Nous savons, depuis Bourcy, que toute infection peut provoquer des troubles articulaires ; la morve même, la méningite cérébro-spinale, jusqu'à la pneumonie peuvent être incriminées.

Mais si l'on ne veut s'occuper que des infections qui déterminent des arthrites laryngées, on constate que le nombre en devient beaucoup moins grand, surtout quand on n'a en vue, comme nous, que les arthrites primitives.

En effet, rougeole, variole, érysipèle, lèpre, etc., doivent être éliminées de notre programme parce qu'elles ne produisent que des arthrites laryngées secondaires par propagation ; l'arthrite se produit dans ces différents cas, soit parce que, ainsi que dans la rougeole, l'inflammation du laryngo-pharynx s'étend par voisinage jusqu'à l'articulation crico-aryténoïdienne, soit parce qu'une gomme comme dans la tuberculose ou un abcès comme dans la variole se vident dans la cavité articulaire et l'enflamment secondairement.

Nous sommes cependant obligés de faire des réserves en ce qui concerne la tuberculose, si nous admettons la réalité du rhumatisme tuberculeux de Poncet.

En vérité, nous n'avons comme infections tout à fait reconnues comme causes d'arthrites laryngées primitives, que le rhumatisme articulaire aigu et la blennorhagie.

Nous citerons à l'appui de cette affirmation un certain nombre d'observations d'arthrites crico-aryténoïdiennes d'origine rhumatismale et d'origine blennorrhagique :

OBSERVATION I

Résumée de G.-W. Major

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale)

L'auteur fut consulté, en octobre 1886, par un professeur de la Faculté de Médecine pour une dysphonie. A l'examen, il vit que l'aryténoïde gauche était légèrement gonflé et rouge. Au point correspondant à l'interligne articulaire, la rougeur était beaucoup plus vive.

L'articulation était immobile et fixée pendant l'inspiration.

Au moment où le malade cherchait à parler, le mouvement de l'articulation se percevait à peine.

Il existait de la douleur aux pressions extérieures.

Le diagnostic fut celui d'inflammation rhumatismale de l'articulation crico-aryténoïdienne.

L'auteur apprit plus tard que ce malade avait eu antérieurement des atteintes de même nature du côté du poignet et des coudes.

OBSERVATION II

Résumée de Luc. — *Ann. des Maladies de l'oreille*, 1892

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu des membres inférieurs. Elle fut prise subitement de douleur de gorge, particulièrement réveillée par les mouvements de déglutition. Il y avait, en même temps qu'un léger enrouement, une dyspnée intense et du cornage.

A l'examen laryngoscopique, on constatait un gonflement énorme de la région crico-aryténoïdienne gauche, une immobilisation de la corde vocale correspondante fixée en adduction et de l'aryténoïde du même côté.

Le diagnostic fut porté d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale.

La lésion disparut après quelques jours sous l'influence d'une médication antirhumatismale ; il fut donné de l'antipyrine et de l'iodure de potassium, et il fut fait de la révulsion sur le cou.

OBSERVATION III

Empruntée à Compaired.

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale).

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une complexion robuste et pléthorique, et qui est atteint, depuis plus de dix ans, d'une affection rhumatismale avec exacerbations plus ou moins intenses, chaque hiver, dans toutes les articulations.

Au mois d'août de l'an dernier, à la suite d'un refroidissement, il est pris subitement d'une polyarthrite des articulations de la main droite (calor, tumor, etc.). Puis deux ou trois frissons suivis de fièvre et d'enrouement avec vive douleur pendant la phonation et la déglutition.

A l'examen objectif, on voit la muqueuse de la glotte rouge au niveau des articulations crico-aryténoïdiennes.

A la parole, l'adduction des cordes vocales est impossible.

La guérison est obtenue par des inhalations et des pulvérisations avec l'eau sulfureuse de Tiermas et les pulvérisations d'une solution de cocaïne à 2 %.

OBSERVATION IV

Empruntée à Escat.

(*Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale*).

Mlle G..., de Valence-d'Albi, 28 ans, est venue me consulter, le 17 février 1899, se plaignant d'une raucité qui

date de deux ans et qui serait survenue en quinze jours, après une angine et une laryngite.

De tempérament nettement arthritique, la malade a été sujette, à diverses reprises, à des manifestations articulaires subaiguës.

Nous relevons chez elle, comme antécédent, une arthrite tibio-tarsienne qui a duré plusieurs mois et qui est actuellement guérie.

Le jour où elle vient se soumettre à mon examen, elle est convalescente d'une arthrite subaiguë de l'épaule gauche.

La face est actuellement le siège d'eczéma, qui, au dire de la malade, se manifeste par intermittences.

Depuis deux ans, la dysphonie et la dysphagie subissent des alternatives d'aggravation et d'amélioration parallèles aux variations de température; la réaction est surtout apparente sous l'influence du froid humide.

Le larynx est actuellement très douloureux à la pression sur le bord postérieur de la lame gauche du cartilage thyroïde.

Au laryngoscope, la corde vocale gauche est immobilisée comme dans une paralysie récurrentielle.

Je diagnostique : Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale subaiguë à rechutes.

Comme traitement général, je prescris de l'arsenic et des alcalins, et comme traitement local, des révulsifs sur la région prélaryngée.

Un mois après, j'apprends par le père de la malade, qui est médecin, que l'état s'est considérablement amélioré.

Le 19 septembre, je fais un nouvel examen : la corde gauche a repris en grande partie sa mobilité, la dysphonie est insignifiante, la dysphagie a disparu, mais la pression au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche continue à provoquer de la douleur.

OBSERVATION V (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Escat.

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale).

Mme R. de S. ., 39 ans, a eu plusieurs atteintes de rhumatisme polyarticulaire. Pas de signes bien évidents de lésion cardiaque.

Depuis cinq à six jours, cette malade présente quelques fluxions articulaires (poignet droit, épaule droite ; petites articulations de la main des deux côtés).

Pas de fièvre au moment où la malade se présente à moi.

Depuis la veille, se plaint de dysphonie. La voix est rauque ; la déglutition plus douloureuse surtout à droite pour les liquides. Pas de toux.

En l'interrogeant sur les débuts du mal, j'apprends que l'invasion de cette crise de rhumatisme subaigu a été marquée par une angine légère avec dysphagie peu intense, mais qui a disparu complètement le troisième jour, au moment des fluxions articulaires.

Le mal de gorge actuel est tout différent du premier.

A l'examen laryngoscopique : état catarrhal léger ; tuméfaction de l'aryténoïde droit et de la bande ventriculaire correspondante ; corde droite en adduction permanente qui se tend très bien pendant la phonation, mais reste fixée en adduction pendant l'inspiration large. Pas de chevauchement de l'aryténoïde, mais la corde droite paraît, comme Ruault l'a observé, sur un plan manifestement supérieur à celui de la gauche.

(Ne connaissant pas la communication de Ruault au moment où j'observai les malades qui firent l'objet de mon travail sur les arthrites du larynx, je n'avais pu recher-

cher ce signe qui existait probablement chez certains de mes malades).

Douleur très vive à la pression sur le bord postérieur du cartilage thyroïde.

Comme traitement, je donnai du salicylate de soude à l'intérieur, et je fis des applications prélaryngées de salicylate de méthyle.

Dix jours après, disparition de tous les symptômes polyarticulaires et laryngés. Image laryngoscopique normale.

OBSERVATION VI

Obs. de Libermann.

(*Arthrite crico-aryténoïdienne blennorrhagique*).

X.., âgé de vingt-six ans, soldat au 39e de ligne, n'a jamais eu que quelques maladies insignifiantes. Dans le courant de l'année 1872, il a été atteint de quelques douleurs rhumatismales. Le 28 avril 1873, il contracte une blennorrhagie. Le 15 mai, suppression brusque de l'écoulement, immédiatement après douleurs dans les articulations de l'épaule et du genou, sans gonflement articulaire. Au bout de trois ou quatre jours, douleurs vives dans la région laryngienne accompagnées d'aphonie complète. Les douleurs articulaires ont cessé depuis l'apparition de l'aphonie. Douleurs vives, spontanées dans la région laryngienne gauche, ainsi qu'à la pression. A l'examen laryngoscopique, on constate une tuméfaction notable du cartilage aryténoïde gauche, surtout à sa partie articulaire, qui présente un renflement globuleux très considérable, sur lequel, en promenant une sonde laryngienne, on perçoit

une sensation assez nette de fluctuation. La muqueuse qui recouvre l'aryténoïde est rouge, mais la rougeur ne dépasse pas le cartilage, les parties voisines sont parfaitement saines. La corde vocale gauche est plus étroite que sa congénère et ne se rapproche pas de la ligne médiane. Quand le malade prononce la voyelle *é*, elle reste immobile.

L'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Le malade a cependant des antécédents fâcheux sous ce rapport dans sa famille. Son père tousse depuis de longues années ; son frère, plus âgé que lui, est atteint de bronchite chronique. Il n'a jamais eu d'affection syphilitique. En présence de ces lésions et à cause de l'ordre de succession des symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer une arthrite blennorrhagique de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Au bout de quelques jours, les douleurs disparaissent, la voix revient peu à peu et le malade sort guéri le 30 juin.

L'examen laryngoscopique pratiqué en ce moment donne le résultat suivant : le cartilage aryténoïde et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche sont revenus à l'état normal, mais la corde gauche n'a pas repris complètement son volume (atrophie légère de la corde), et ne se rapproche pas tout à fait de sa congénère ; la voix est à peu près normale.

OBSERVATION VII

de W. K. Simpson

(Arthrite crico-aryténoïdienne blennorrhagique)

S. H..., fabricant de cigarettes, vint me trouver pour la première fois, le 23 février 1888. Il avait eu trois blennor-

rhagies, et la dernière remontait à cinq semaines. Trois semaines auparavant, il s'était plaint de douleur et de raideur dans le genou gauche ; les mêmes phénomènes se montrèrent au genou droit, puis à la hanche gauche. Le pouce gauche était également devenu douloureux et tuméfié. Le gonflement s'étendait sur la partie antérieure du poignet, sur le dos de la main, et, en ce moment, ces régions présentaient l'apparence typique d'une inflammation rhumatismale aiguë. Les symptômes de la gorge avaient commencé depuis trois jours, le matin, par de la douleur à la déglutition. Le lendemain, il existait un peu de gonflement sur la partie inférieure externe du larynx, le gonflement avait maintenant à peu près disparu. Douloureux à la pression du côté droit du larynx. Le soir, le malade commença à être enroué, et les douleurs à la pression devinrent très vives. Dysphagie, puis aphonie complète ; pas de toux. Les deux aryténoïdes étaient rouges et tuméfiés, le droit un peu plus que le gauche ; apparence de laryngite tuberculeuse. La corde droite était immobile pendant la phonation. Tout le reste de la muqueuse laryngée était hyperhémié, la corde gauche un peu injectée, la droite arrondie et rouge traitement consista à faire prendre du salicylate de soude à l'intérieur.

Du 23 au 28 février, il n'y eut pas d'amélioration dans les symptômes de la gorge, le gonflement avait augmenté et la respiration restait embarrassée. A partir du 28, et après l'application d'un vésicatoire sur le côté droit du larynx, après l'administration d'iodure de potassium, il se produisit une notable amélioration.

Le mieux continua, et, le 6 mars, l'œdème avait entièrement disparu. La voix était redevenue assez bonne, mais l'articulation crico aryténoïdienne droite et la corde vocale restaient rouges et n'exécutaient que de faibles mouvements.

Ce pendant, on discute sur un certain nombre d'autres infections qui, tout en étant, de l'avis de tous, la cause fréquente d'arthrites par propagation, pourraient dans certains cas produire des arthrites laryngées primitives. Ce sont : la scarlatine, la fièvre typhoïde, la grippe et la syphilis.

Occupons-nous de chacune en particulier.

1° *La scarlatine.* — Malgré l'aphorisme de Trousseau : « La scarlatine n'aime pas le larynx », quelques observations existent de désordres laryngés au cours de la scarlatine. Sachant, d'autre pârt, que la scarlatine a une prédilection très marquée pour les séreuses et les synoviales, on a tendance à supposer que les arthrites primitives du larynx d'origine scarlatineuse doivent être relativement fréquentes. C'est une erreur, et l'on est obligé d'avouer quand on compulse les diverses observations publiées à ce sujet, que les arthrites laryngées scarlatineuses paraissent être toujours secondaires par propagation.

L'observation la plus discutée est celle que rapporte Krauss[1] de Prague, chez un enfant de 8 ans ; il y a en effet chez ce malade une scarlatine qui se complique d'arthrite crico-aryténoïdienne. L'enfant meurt de broncho-pneumonie après une trachéotomie, et l'autopsie montre une nécrose des cartilages aryténoïdes et une vaste suppuration, inondant à la fois

(1) Krauss. *Prager med. Wochensch.* (1899) nº 29-30.

les parties molles du larynx, les cartilages, la cavité articulaire, etc...

La suppuration est-elle partie des cartilages, des parties molles ou de l'articulation ? C'est ce qu'il faudrait démontrer.

Alors, la scarlatine peut-elle être incriminée comme cause d'arthrite primitive du larynx ? Cela n'est pas encore prouvé parce que nous manquons de faits.

2° *Fièvre typhoïde.* — Le laryngo-typhus est une complication très fréquente de la dothiénentérie ; ceci est très facile à saisir quand on se rappelle que le larynx est riche en follicules clos, milieu très favorable au bacille d'Eberth.

Mais le laryngo-typhus se manifeste le plus souvent par des ulcérations, par des abcès sous-muqueux, etc., et dans ces cas les articulations s'enflamment secondairement par voisinage.

Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il se produit parfois des périchondrites primitives des aryténoïdes, mais il y a encore loin de là à la synovite primitive.

Se saisissant d'un cas où une périchondrite primitive débuta à la fois par les surfaces articulaires du cricoïde et celles de l'aryténoïde, M. Lacoarret a voulu prétendre que l'affection avait une origine articulaire. Cela ne nous paraît pas démontré d'une façon très évidente.

3° *Grippe.* — Ici, il faut faire une distinction. La grippe, c'est connu, peut déterminer dans le larynx

des ulcérations de la muqueuse ou encore de petits abcès qu'il n'est pas étonnant de voir gagner secondairement les articulations laryngées. Mais il n'est pas question de cela ici, puisque nous ne traitons que des synovites primitives.

En revanche, le professeur Potain, dans le travail qu'il a publié en 1900, prétend avoir observé une arthrite crico-aryténoïdienne primitive, d'origine grippale.

Dans son travail, Potain produit en effet une observation pleine d'intérêt que nous ne nous faisons pas faute d'oublier ici :

OBSERVATION VIII

Résumée de Potain.

(Arthrite crico-aryténoïdienne d'origine grippale)

Il s'agit d'un homme couché au numéro 4 de la salle Bouillaud, et qui est atteint de polyarthrite à son entrée à l'hôpital.

Agé de 34 ans, il a toujours été bien portant, il n'a eu qu'une scarlatine à l'âge de 12 ans.

Avant de venir à l'hôpital, cet homme était déjà malade depuis trois semaines. Son affection avait débuté par une grippe très nette, puis sa grippe fut suivie d'un enrouement très accentué ; la voix était chuchotée ; la phonation était douloureuse et la déglutition aussi.

La température était de 38°7.

La région prélaryngée présentait une bouffissure érythémateuse et sa palpation provoquait de la douleur.

L'examen laryngoscopique fut pratiqué et on porta le

diagnostic d'arthrite crico-aryténoïdienne gauche. Pas d'autres lésions laryngiennes.

Quelque temps après, le rhumatisme se généralisa, et le genou gauche, puis le droit, puis l'épaule gauche, enfin le coude et le poignet furent envahis successivement.

Cœur normal. Poumon aussi.

Il est à remarquer que l'enrouement avait précédé immédiatement les accidents articulaires.

Potain admet ainsi le rhumatisme grippal en général et en particulier l'arthrite crico-aryténoïdienne primitive d'origine grippale, arthrite bien primitive et non propagée puisque le larynx est indemne de toute autre lésion.

Après lui, Escat en 1900 et Mounier en 1901 eurent l'occasion d'observer d'autres cas d'arthrite grippale qui nous paraissent très probants.

Suivent deux observations d'Escat :

OBSERVATION IX

d'Escat.

(*Arthrite crico-aryténoïdienne grippale.*)

Le 11 février 1898, je suis appelé à voir, avec le professeur André, une religieuse de l'archevêché, âgée de 45 ans, qui, atteinte depuis quelques jours d'angine catarrhale diffuse et de symptômes généraux de grippe, venait d'être prise en quelques instants de dyspnée manifestement laryngienne.

Je trouve la malade assise sur son lit, aphone, en proie à un violent tirage et à une vive anxiété.

Le thermomètre sous l'aisselle donne 38°7.

Pas d'adénopathie cervicale.

La palpation du larynx provoque de la toux et de la douleur.

L'examen du pharynx révèle un état d'angine catarrhale diffuse.

La malade accuse une vive dysphagie, aussi prononcée pour les liquides que pour les solides.

L'examen laryngoscopique montre les altérations suivantes : l'amygdale linguale est atteinte d'une légère tuméfaction inflammatoire; la muqueuse laryngée est hyperhémiée; la corde vocale gauche est complètement immobilisée, comme dans une paralysie du récurrent; la droite est moins compromise; elle n'est capable que d'une abduction incomplète dans l'inspiration forcée, et d'une faible adduction dans la phonation.

Une tuméfaction assez prononcée des masses aryténoïdes voile le tiers postérieur des cordes.

Pas de stigmates hystériques.

Pas de symptômes paralytiques extra laryngés pouvant faire penser à une paralysie bulbaire ou pseudo-bulbaire.

Aucun signe stéthoscopique de cardiopathie ni de lésion aortique, comme en attestait l'examen fait par le professeur André.

Il était 7 heures du soir. Je fis appliquer immédiatement sur la région prélaryngée un vésicatoire et je me tins prêt toute la nuit à pratiquer la trachéotomie; mais je n'eus pas à intervenir.

L'état resta stationnaire jusqu'à 10 heures du soir; à partir de ce moment, le tirage alla en décroissant, et le lendemain matin, quand je revis la malade, il avait complètement disparu.

Au laryngoscope, l'état catarrhal du larynx persistait,

mais la corde gauche avait recouvré en partie ses mouvements d'abduction ; quant à la corde droite, elle fonctionnait normalement.

Une légère dysphonie avait remplacé l'aphonie.

La température était descendue à 37°5.

Je croyais encore à des accidents paralytiques dont je m'expliquais bien difficilement la pathogénie, lorsque la malade, venant me remercier trois semaines après, me raconta qu'elle avait présenté les jours suivants des fluxions articulaires douloureuses, légères il est vrai, à l'épaule gauche, au poignet du même côté et sur les petites articulations des extrémités. Ces accidents avaient rapidement cédé sans traitement. A ce moment-là, seulement, je fis le diagnostic rétrospectif d'arthrite crico-aryténoïdienne pseudo-rhumatismale grippale, bilatérale, avec prédominance à gauche.

OBSERVATION X

d'Escat.

(Arthrite crico-aryténoïdienne grippale).

M. B..., 33 ans, propriétaire, habitant les environs de Carcassonne, vient me consulter le 17 avril 1898.

Ce malade me raconte qu'il a été atteint de grippe deux mois auparavant ; il a eu à souffrir d'une angine et d'une laryngite bientôt suivies de localisations articulaires pseudo-rhumatismales qui l'ont retenu alité pendant trois semaines ; au cours de cette maladie et dès le début de la laryngite, il a été pris de dysphagie très vive et de dysphonie ; le premier de ces deux symptômes a duré huit jours seulement, le deuxième a persisté jusqu'à ce jour ;

c'est d'ailleurs pour ce trouble seul que le malade vient me consulter.

A l'examen laryngoscopique, je constate une immobilisation complète de la corde vocale gauche, comme dans une paralysie récurrentielle : il n'y a pourtant pas de chevauchement des aryténoïdes.

L'examen de la région cervicale, du cœur, de l'aorte et de l'appareil respiratoire reste négatif.

Je conclus à une ankylose récente de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, reliquat d'arthrite grippale.

Je fis des pointes de feu sur le côté gauche de la région prélaryngée et je pratiquai, après anesthésie à la cocaïne, quelques séances de dilatation glottique avec la pince de Courtade ; au bout de quinze jours de traitement, l'aryténoïde gauche avait recouvré sinon totalement, du moins d'une façon très sensible au laryngoscope, ses mouvements d'abduction et d'adduction.

De l'avis du malade, qui se déclara satisfait du résultat thérapeutique, la voix avait repris, à peu de différence près, sa sonorité habituelle.

OBSERVATION XI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Escat

(Arthrite crico-aryténoïdienne grippale)

M. B..., 30 ans, basse chantante au théâtre du Capitole, se présente dans mon cabinet le 17 janvier 1899, se plaignant de raucité et de douleur de gorge qui persistent depuis dix jours à la suite d'une attaque grippale qui a retenu le malade alité pendant quatre ou cinq jours.

A l'examen laryngoscopique, je constate une pharyn-

golaryngite catarrhale très légère (d'après les renseignements donnés par le malade, elle aurait été plus forte les jours précédents), les cordes vocales sont très légèrement rosées, la corde gauche est fixée en adduction et pendant l'inspiration large on n'observe pas le moindre mouvement d'abduction ; pendant la phonation, elle se tend normalement.

Il y a une légère enflure de l'aryténoïde correspondant. Douleur vive du larynx à la palpation, surtout au niveau du bord postérieur gauche du cartilage thyroïde.

La voix parlée est simplement rauque ; la voix chantée, cela va sans dire, est absolument compromise.

Pas de tirage proprement dit, mais le malade accuse une légère oppression.

Je crus tout d'abord à une paralysie du recurrent gauche et j'eus beaucoup d'inquiétude pour cet artiste ; fort heureusement, tout symptôme disparut au bout de huit jours, après quelques fumigations, des pédiluves sinapisés et des badigeonnages à la teinture d'iode sur la région prélaryngée.

Je crois bien que j'ai eu affaire dans ce cas à une immobilisation arthropatique grippale de la corde gauche.

En retrouvant cette note, j'ai été frappé de l'analogie des symptômes présentés par M. B... avec ceux relevés chez les malades qui ont fait l'objet de mon mémoire sur les arthrites laryngées communiqué au Congrès de Paris (août 1900); aussi, ai-je pensé qu'il y avait lieu de la rapprocher de ces dernières observations.

4° *Syphilis.* — Nous savons que la presque totalité des arthrites laryngées produites par la syphilis sont des arthrites secondaires par propagation d'infiltration gommeuse.

Cependant, on relate dans la science un cas d'arthrite primitive due au Dr Rueda, de Madrid.

M. Lacoarret avait prévu ces synovites primitives dans la syphilis ; nous ne pouvons mieux faire que de citer ses propres paroles :

« Quant aux arthrites syphilitiques, en dehors des arthrites par propagation, à celles qui se montrent dans les affections des centres nerveux, dans les maladies de la moelle, nous n'en connaissons pas d'exemples, *mais il n'y a aucune raison qui puisse en faire rejeter la production.* »

L'observation du Dr Rueda vient, en 1893, confirmer cette manière de voir.

OBSERVATION XII

De Rueda.

(Arthrite primitive crico-aryténoïdienne syphilitique).

M. N..., médecin de campagne, âgé de 30 ans, vient à ma consultation à la fin du mois de juillet pour un enrouement persistant depuis quatre mois et pour lequel, soupçonnant une tuberculose commençante, on lui conseilla les eaux azotées artificielles prises dans un établissement à Madrid, ainsi qu'une saison à Panticosa.

Pas d'examen laryngoscopique antérieur.

En recherchant l'étiologie, je trouve d'une part l'existence d'un refroidissement et, d'autre part, une infection syphilitique acquise au commencement de ses études médicales, à une époque pendant laquelle il ne prêtait pas une grande attention à ses malaises, de sorte que les acci-

dents secondaires, peut-être insignifiants, n'éveillèrent pas dans son esprit l'idée de syphilis, ne soupçonnant que l'existence d'un chancre mou.

Après plusieurs années, des phénomènes douloureux diffus appelèrent l'attention du malade et des médecins ses amis, sur la possibilité d'une affection médullaire à marche spéciale qui disparut rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium. Quelque temps après, survint un enrouement qui s'établit d'une façon assez rapide et fit penser qu'il s'agissait d'un refroidissement acquis quelques jours auparavant.

Quatre mois de traitement par les moyens ordinaires, sans résultats satisfaisants, obligèrent le malade à se faire examiner par un laryngoscopiste.

Une circonstance qui attira d'abord mon attention, c'est que le malade avait l'œil droit fermé. D'après lui, il s'agirait de conjonctivite ; un examen plus soigneux montrait un iritis probablement spécifique.

Pas d'autres renseignements sur les antécédents pathologiques.

L'état actuel est bon, le malade ne ressent d'autres troubles que celui de sa voix ; sans être aphone, la voix est rauque et d'une tonalité basse.

L'examen laryngoscopique nous donne l'explication de ces symptômes.

La région aryténoïdienne gauche, considérablement tuméfiée, de coloration à peu près normale, arrondie et sans rugosités, est complètement immobile pendant la phonation et la respiration. La corde vocale correspondante, de coloration normale, est cachée dans sa portion postérieure par la tumeur aryténoïdienne et elle présente la même immobilité, vibrant à la manière d'un corps inerte pendant la phonation.

Avec une sonde, je constate que la tuméfaction aryténoïdienne n'est pas molle comme je l'avais d'abord soup-

çonné, ce qui indique bien qu'il ne s'agit ni d'un œdème, ni d'une collection purulente. D'un autre côté, il n'y a pas dans l'histoire pathologique du malade, ni dans son état actuel, de symptômes douloureux spontanés ou provoqués correspondant à la région aryténoïdienne. Point d'infiltration ganglionnaire.

Avec les données que je viens d'exposer, je fis le diagnostic d'une lésion infectieuse intéressant l'articulation crico-aryténoïdienne et les tissus environnants. Mais il restait à déterminer le diagnostic le plus important : la nature de l'affection.

Pour des raisons spéciales, je pensai à la syphilis.

Par conséquent, j'ai institué un traitement spécifique (iodure et mercure) administrés sous forme de sirop de Gibert, jusqu'à sept cuillerées par jour.

Le résultat du traitement ne se fit pas attendre, bientôt l'iritis disparut tout à fait ; le larynx revint à l'état normal. Il reste une légère raucité de la voix quand le malade, fort causeur et fumeur, fait des écarts de régime.

L'effet thérapeutique était une raison, même en l'absence d'autres, pour affirmer la nature syphilitique de l'arthrite crico-aryténoïdienne que je viens d'exposer. Dans cette observation, on remarque comme signes particuliers l'absence des douleurs spontanées ou provoquées et de ganglions du côté correspondant, ainsi que la consistance ferme de la tumeur aryténoïdienne, qui excluent la possibilité d'une inflammation aiguë. On croirait plutôt à une néoformation cellulaire lente dans les tissus articulaires et péri-articulaires.

Mais ce qui me détermina à instituer le traitement antisyphilitique fut la coexistence de l'iritis, mentionné dans l'histoire du malade. Le traitement ioduré et hydrargirique est la pierre de touche dans ces cas douteux.

En résumé, dans ce groupe d'infections sur lesquelles on discute, nous éliminerons la fièvre typhoïde et la scarlatine, en faisant des réserves pour cette dernière, et nous n'admettrons comme cause bien démontrée d'arthrite primitive du larynx que la grippe et la syphilis.

Cela porte à quatre le nombre des infections qui peuvent être incriminées comme causes d'arthrites primitives du larynx ; ce sont : l'infection rhumatismale, la blennorhagie, la grippe et la syphilis.

Un point d'interrogation pour la tuberculose et la scarlatine.

Devons-nous pour cela rejeter à jamais de l'étiologie des arthrites laryngées toutes les autres infections ? Non ! nous n'excommunierons ni les infections sur lesquelles nous avons discuté ni celles que nous avons éliminées d'emblée, et nous généraliserons à toutes les infections la phrase de M. Lacoarret : *Nous n'en connaissons pas d'exemple, mais il n'y a aucune raison qui puisse en faire rejeter la production.*

Personne n'ignore, en effet, que les rhumatismes secondaires affectionnent particulièrement les petites articulations ; il en est ainsi d'une manière très nette pour le rhumatisme blennorhagique.

En fin de compte, il faut dire que l'arthrite primitive laryngée est, malgré tout, une affection relativement rare. Cependant il y a des affections qui ont avec elle certaines analogies, et peut-être sa rareté

n'est-elle qu'apparente; peut-être aussi existe-elle plus souvent qu'on ne le pense et passe-t-elle inaperçue faute d'attention de la part du médecin.

L'articulation crico-aryténoïdienne est plus souvent atteinte que l'articulation crico-thyroïdienne. Enfin, on a constaté que l'arthrite est plus fréquente à gauche qu'à droite ; Potain essaie d'expliquer ce fait en disant que cela tient à ce que le côté gauche du corps est généralement plus faible que le côté droit.

Avant de clore ce chapitre sur l'étiologie, nous voulons redire encore une fois que bien que les arthrites primitives du larynx n'aient été constatées que dans la grippe, la syphilis, la blennorhagie et le rhumatisme articulaire aigu, nous n'avons pas le droit de nier leur possibilité dans toutes les autres sortes d'infection, quelles qu'elles soient.

Attendons que la clinique apporte des faits nouveaux et que l'anatomie pathologique les contrôle.

Anatomie pathologique

Il n'est pas possible de s'étendre longuement sur ce chapitre, faute d'autopsies. On néglige, dans les nécropsies des maladies infectieuses qui font des localisations sur les séreuses, d'examiner les articulations du larynx, aussi l'anatomie pathologique de cette question est-elle très en retard.

Desbrousses publie cependant, dans sa thèse, en 1861, une observation (la première en date des observations crico-aryténoïdiennes) où il n'a pas négligé l'autopsie. En voici d'ailleurs le résumé :

OBSERVATION XIII

Résumée de Desbrousses, thèse de Strasbourg, 1861.

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale).

Il s'agit d'un malade qui eut des localisations rhumatismales diverses. Vers le quatrième jour, il survient de la dyspnée et une aphonie subite.

Rien dans l'arrière bouche ou le pharynx.

Le malade meurt de péricardite et on pratique son autopsie.

A l'autopsie, on voit des deux côtés les cartilages aryténoïdes mis à nu sans qu'il y ait nécrose. Dans l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, on reconnaît la présence d'un liquide séreux, rougeâtre, qui prouvait l'existence d'une arthrite rhumatismale.

Depuis Desbrousses, les nécropsies des arthrites laryngées ont été de plus en plus rares, ou du moins on a négligé de les livrer à la publicité.

Citons cependant ce que dit M. Lacoarret sur l'anatomie pathologique des arthrites infectieuses : « La synoviale est injectée et les cellules épithéliales offrent des signes de multiplication. La sécrétion est variable selon la nature de l'arthrite ; le liquide épanché est séreux, séro-purulent ou purulent d'emblée. Le périchondre est rouge, ramolli, épaissi, décollé du cartilage qui, lui-même, montre des traces d'irritation nutritive. Il a perdu son élasticité, ses cellules prolifèrent et, dans quelques cas, on a trouvé les aryténoïdes en voie d'ossification ou ossifiés, soit en partie, soit en totalité. »

Rien ne fait croire, en effet, que l'anatomie pathologique des arthrites laryngées diffère de celle des autres articulations.

Dans la plupart des cas, la lésion est unilatérale et siège à gauche ; dans des cas plus rares, elle est bilatérale.

Le processus inflammatoire commence par la syno-

viale. Nous ne croyons pas qu'il ait été pratiqué des analyses microscopiques du liquide inflammatoire. Il est permis, cependant, de supposer que l'on y trouverait des germes infectieux variables avec la nature de l'arthrite.

— Sur les conseils de mon maître Escat, M. le Dr Dieulafé a pratiqué, au laboratoire d'anatomie de M. Charpy, à la Faculté de Toulouse, des injections intra-articulaires dans les articulations crico-aryténoïdiennes. Ces expériences ont été faites sur des larynx appartenant à des sujets d'amphithéâtre, c'est-à-dire des larynx dont les muscles étaient évidemment ratatinés par l'acide phénique.

M. le Dr Dieulafé a pu constater, cependant, que la replétion de la cavité articulaire par le liquide injecté déterminait une légère adduction de la corde vocale correspondante.

Dans une infection bilatérale, les cordes vocales se sont rapprochées, sans toutefois oblitérer complètement la fente glottique.

M. le Dr Dieulafé a été interrompu au cours de ses expériences, mais il se propose de les reprendre sur des larynx frais.

L'anatomie pathologique des arthrites crico-thyroïdiennes fait complètement défaut.

A la fin de ce chapitre, nous ne pouvons mieux faire que d'émettre, après notre maître Escat, le vœu

que dans les cas de polyarthrite et d'infections multiples des séreuses, l'examen des articulations laryngées ne soit pas négligé dans les nécropsies.

Symptomatologie

Nous classerons les symptômes en trois groupes principaux : Troubles fonctionnels, signes physiques et symptômes généraux.

D'autre part, nous exposerons séparément le tableau symptomatologique des arthrites crico-aryténoïdiennes et des arthrites crico-thyroïdiennes en commençant par les premières comme étant les plus communes.

Arthrites crico-aryténoïdiennes

Troubles fonctionnels. — Ils sont la plupart du temps très intenses, et ce sont eux qui, au cours des maladies infectieuses, attirent sur le larynx l'attention du médecin. Ils ont été, dans quelques cas, tellement graves, qu'ils ont exigé la trachéotomie.

Douleur. — Le malade atteint d'arthrite crico-aryténoïdienne se plaint d'abord de souffrir de la gorge. Cette douleur est spontanée ; c'est, plus exactement, une sensation de gêne, localisée par le malade,

soit au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire, soit au niveau de l'os hyoïde ou encore de l'amygdale.

Cette douleur est surtout prononcée du côté malade et elle s'exagère par le moindre mouvement qui intéresse le larynx. Dans le décubitus dorsal, cette douleur s'exaspère (Grünwald).

Troubles respiratoires. — A part ce fait que les mouvements respiratoires et surtout inspiratoires sont douloureux, les troubles de la respiration se résument à la seule dyspnée. La dyspnée, qui prend quelquefois une intensité assez alarmante, est déterminée par l'obstruction de la glotte et son rétrécissement à la fois. Nous verrons, en effet, plus loin, que la fente glottique est diminuée de surface, d'abord par l'immobilisation en adduction de la corde vocale du côté malade, ensuite par la tuméfaction inflammatoire de la région articulaire et périarticulaire cricoaryténoïdienne.

Si l'arthrite est bilatérale. comme il s'en trouve quelques cas, il y a véritable tirage et suffocation.

Parmi les nombreux exemples de ce fait, nous aimons à relever l'exemple fort intéressant que nous fournit l'observation publiée par Mounier.

OBSERVATION XIV

Rapportée par Mounier. — *Ann. des mal. de l'oreille*, 1901.

(Arthrite crico-aryténoïdienne double, d'origine grippale.)

Le 25 mars dernier, j'étais appelé en hâte par son medecin auprès d'un petit malade de 9 ans, fils d'un confrère. Cet enfant avait été pris la veille au soir d'un léger mal de gorge et de quelques frissons après le dîner. Le père constatant un peu de fièvre et de rougeur de la gorge fit coucher son fils sans s'occuper autrement de cet incident qui se renouvelle assez fréquemment chez ce patient très susceptible du côté des voies respiratoires supérieures.

Dans le courant de la nuit, la douleur à la déglutition et la gêne respiratoire augmentent au point de devenir inquiétantes. Les cataplasmes sinapisés au-devant du cou, une potion calmante n'avaient rien produit, et, quand j'arrivai on administrait depuis plusieurs heures de l'oxygène.

La température était de 40° en ce moment.

Je trouve un enfant avec un teint plombé, des lèvres bleuâtres, un tirage considérable, et les inhalations l'avaient, paraît-il, amélioré.

Aucune matité aux poumons où l'on n'entend que le retentissement laryngien ; pas de ganglions au cou, mais une douleur très vive à la moindre pression sur les côtés du cricoïde.

La phonation est douloureuse de même que la déglutition ; la voix est complètement éteinte.

La gorge est rouge, tapissée de secrétions muqueuses ; le nez est obstrué par gonflement de la pituitaire.

L'examen du larynx au miroir, chez cet enfant très docile, est relativement facile. Les aryténoïdes sont gros,

rouges, comme du reste tout le larynx (cordes vocales comprises), l'épiglotte est saine, on ne voit aucune trace d'œdème dans toutes ces parties, et c'est du côte de la glotte proprement dite que résident toutes les causes de la gêne respiratoire et des accès d'étouffement.

Les aryténoïdes, manifestement plus gros que dans la normale, sont absolument accolés l'un à l'autre ; aucune tentative d'inspiration ou de phonation de la part de notre jeune malade n'amène leur plus petit déplacement.

Ils sont sur le même plan horizontal et la glotte cartilagineuse est complètement fermée. L'épiglotte, bien relevée, me permet de voir la presque totalité des cordes vocales, que les bandes ventriculaires laissent à découvert comme dans un larynx normal. Les cordes sont relâchées, ne se touchant que par leurs deux extrémités, et laissant entre elles un tout petit espace linéaire, seul endroit du larynx par où passe l'air dans l'inspiration et l'expiration en faisant trembler le bord libre.

La situation, comme on le voit, était fort critique, car si nous n'avions pas là du croup d'emblée, comme on le craignait avant cet examen, ou même de l'œdème de la glotte, nous nous trouvions en présence de troubles laryngés pour ainsi dire plus graves! Les inhalations d'oxygène apportaient beaucoup de calme et semblaient supprimer les crises d'étouffement, mais la respiration n'en restait pas moins très gênée avec un tirage considérable.

En présence de la douleur si vive à la déglutition et dans les efforts de phonation, sans rien pour l'expliquer dans le pharynx, je rapportai forcément le tout à l'état des articulations crico-aryténoïdiennes.

Je trouvais, en effet, de ce côté du gonflement (vu au laryngoscope), de l'immobilité absolue avec défense musculaire probable (contracture des ary-aryténoïdiens) de la douleur au niveau des articulations, à ce point qu'on

pouvait à peine effleurer les régions latérales du cricoïde sans faire pousser un cri à l'enfant.

Mon diagnostic fut : Arthrite des articulations crico-aryténoïdiennes et fermeture consécutive et permanente de la glotte.

La thérapeutique était alors tout indiquée; révulsion énergique sur les points atteints de fluxion et médication antirhumatismale.

On appliqua de suite un vésicatoire carré de trois centimètres de côté, au niveau de chaque point douloureux et il fut laissé en place 6 heures. La quantité de salicylate fut de un gramme par jour en trois fois. Cela se passait à 7 heures du soir ; sous l'influence de la médication, la gène respiratoire allait en diminuant et, le lendemain, la déglutition devenait de plus en plus facile ; la voix restait toujours enrouée.

Toute crainte de trachéotomie devenait alors vaine, et je ne pus revoir l'enfant que le lendemain au matin.

La fièvre, à cette date, persiste toujours quoique moindre, 38°5. La respiration est calme, le malade a la figure reposée, la voix est encore voilée surtout par moments. La déglutition n'est pas douloureuse, la pression sur les parties latérales du cricoïde est peu sensible.

Le fond de la gorge est encore rouge, la muqueuse nasale tuméfiée est très secrétante. Le laryngoscope nous montre des cordes mobiles, des aryténoïdes moins volumineux et pouvant se déplacer sous les efforts d'inspiration et de phonation.

L'état catarrhal de tout le larynx est très marqué et je fais faire à l'enfant des fumigations de benjoin, eucalyptus et menthol.

Troubles de la voix. — En ce qui concerne la voix, disons d'abord que la phonation est douloureuse

jusqu'à déterminer parfois une véritable phonophobie.

De plus, il se produit, et ce signe ne manque jamais, une dysphonie très nette. A quoi tient cette dysphonie? A ce que l'articulation crico-aryténoïdienne devient incapable de mouvements; il résulte de là que la corde vocale du côté correspondant reste immobilisée, ce qui trouble nécessairement le mécanisme de la phonation. Cela peut produire aussi la voix bitonale.

On remarque dans quelques cas un léger enrouement, mais ce trouble n'est dû qu'à l'état catarrhal des cordes vocales.

Si l'arthrite est bilatérale, l'occlusion de la glotte est totale, les deux cordes sont dans l'immobilisation et on observe une aphonie presque complète.

Troubles de la déglutition. — La déglutition est très pénible, il y a dysphagie, cette dysphagie peut aller, selon Potain, jusqu'à la « phagodynie, presque aussi prononcée pour les liquides que pour les solides. »

Ceci est un trouble résultant d'une influence de voisinage, et l'on connaît les rapports anatomiques très étroits de l'articulation crico-aryténoïdienne et de l'œsophage.

Tels sont en quelques mots les troubles fonctionnels des arthrites primitives crico-aryténoïdiennes. Il faut reconnaître qu'il ne s'en trouve aucun de vraiment pathognomonique; dysphonie, dysphagie,

douleur sont en effet des symptômes communs à un grand nombre d'affections laryngées, et jusqu'ici le diagnostic d'arthrite crico-aryténoïdienne ne s'impose pas. Mais nous allons voir que parmi les signes physiques, il s'en trouve de plus importants et de plus spéciaux qui vont inévitablement nous aider davantage.

Signes physiques. — Avant d'entreprendre l'examen laryngoscopique, qui, sans contredit, est le mode d'exploration qui fournit les meilleurs résultats, il sera bon cependant de mentionner quelques petits signes qui par eux-mêmes, n'ont pas grande importance, mais qui ajoutés à un ensembled'autres signes, peuvent éclairer le diagnostic.

C'est ainsi qu'à l'inspection de la région prélaryngée, on peut quelquefois, dans les cas très aigus surtout, constater un gonflement du tissu cellulaire du cou, qui s'accompagne d'un léger érythème de la peau (Potain). Potain prétend que l'on est alors en présence d'une de ces bouffissures légères, comme il en existe au voisinage d'une articulation malade.

La palpation du cou nous donne, non seulement une douleur du côté malade, mais encore, ce qui est plus spécial, une légère crépitation. Cette crépitation, qui a d'abord été signalée par Grünwald, de Munich, a été ensuite plus longuement étudiée par Newcomb. Cette crépitation s'exagère à l'occasion des mouvements de déglutition, et alors la main qui palpe peut la percevoir, mais aussi l'oreille peut l'entendre.

La crépitation doit vraisemblablement être produite par le frottement de deux portions de synoviale enflammée qui se trouvent au contact l'une de l'autre, n'étant pas séparées par du liquide.

La crépitation est, comme on le voit, un signe important.

Il n'en est pas de même de cette douleur que nous avons déjà signalée et qui se développe par la pression des lames du thyroïde à leur bord postérieur; cette douleur, en effet, appartient non seulement à l'arthrite crico-aryténoïdienne mais encore à la névrite du récurrent. Et cela nous importe beaucoup, puisque, comme nous le verrons par la suite, la paralysie du nerf récurrent est l'affection qui peut être le plus facilement confondue avec l'arthrite crico-aryténoïdienne.

Voici ce que dit notre maître Escat à ce sujet : « Cette réaction névralgique du laryngé inférieur serait inadmissible avec la théorie physiologique classique qui fait de ce tronc nerveux un nerf exclusivement moteur; elle est toutefois admissible dans l'hypothèse moderne qui, d'après Exner, lui accorde une fonction sensitive.

Le signe que nous signalons (douleur à la pression) n'est donc pas rigoureusement pathognomonique, mais nous croyons cependant qu'il n'est pas sans valeur.

N'avons-nous pas aussi le droit de nous demander si, sous les paralysies récurrentielles dans lesquelles

il a été observé, ne se dissimulaient point quelques cas frustes d'arthrite crico-aryténoïdienne ? »

Examen laryngoscopique. — Au premier abord, quand on fait, avec l'abaisse-langue, ouvrir la bouche au malade, on peut constater un état catarrhal du pharynx ; cet état catarrhal se trouve principalement dans les cas d'arthrite crico-aryténoïdienne franchement rhumatismale.

Mais n'insistons par trop sur ce signe, qui manque fréquemment et qui n'a d'ailleurs pas une importance de premier ordre.

Si on place le miroir laryngoscopique, on constate très souvent une rougeur diffuse de tout le larynx, du vestibule, de l'épiglotte même et des cordes vocales ; cette rougeur est due à la laryngo-pharyngite catarrhale que nous avons signalée plus haut.

Mais un symptôme plus important est fourni par la tuméfaction des saillies aryténoïdiennes ; au début, la forme pyramidale des cartilages est respectée, mais ensuite, le liquide inflammatoire s'étant formé, il naît un bourrelet au niveau de l'interligne articulaire et, la périarthrite s'étant constituée, le gonflement gagne les régions avoisinantes, conservant tout de même son maximum d'intensité à la hauteur des masses aryténoïdiennes. La tuméfaction sera donc un bon signe au début de l'affection, quand on la voit progresser en conservant comme centre l'articulation,

et s'étendre ainsi d'une façon centrifuge, envahissant secondairement les parties molles du larynx.

Mais un ensemble de signes qui donne à l'arthrite crico-aryténoïdienne un tableau clinique tout à fait spécial est dû à l'immobilité de l'articulation. Cette immobilité articulaire est une impotence fonctionnelle; tous les mouvements deviennent impossibles (mouvements de bascule, mouvements de rotation, mouvements de translation), pour plusieurs raisons à la fois :

1° Parce que les tissus de soutien, enflammés, œdematiés, n'ont plus la laxité nécessaire aux déplacements des cartilages. Quelquefois cependant, dans les cas de moyenne intensité, on peut percevoir, pendant l'émission de la voyelle *é*, quelques légères oscillations, mais elles ne se font qu'au prix des douleurs les plus intenses ;

2° Parce que la cavité articulaire est distendue par les liquides inflammatoires ;

3° Parce que les muscles environnants sont contracturés par retentissement de voisinage, « ou même par action réflexe ». (Potain).

L'immobilisation de l'articulation a pour résultat immédiat de fixer en adduction la corde vocale du côté correspondant ; on s'en rend compte au laryngoscope par la déformation de l'orifice glottique. On sait bien que, normalement, les cordes s'écartent pendant l'inspiration, formant un triangle isocèle à base postérieure, tandis qu'elles se mettent, pendant

la phonation, au contact l'une de l'autre, ne laissant ouvert qu'un petit espace de forme elliptique. Ramon de la Sota a parfaitement étudié les déformations de la fente glottique à l'occasion des arthrites crico-aryténoïdiennes ; il conclut que la forme de l'orifice dépend de la position dans laquelle est fixé l'aryténoïde ; d'après lui, « si l'aryténoïde est fixé en position antéro-externe, la corde vocale correspondante se trouve relâchée, fixée en adduction, elle paraît plus courte et forme une ligne sinueuse ; si l'aryténoïde se fixe en position postéro-externe, ce qui constitue le cas le plus fréquent, la corde vocale correspondante se trouve fortement tendue, et la fente glottique affecte la forme d'un triangle rectangle. » Cela est vrai, et nous voyons dans les cas d'arthrite crico-aryténoïdienne, la corde vocale du côté malade toujours immobilisée en adduction aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'émission de la voyelle *é*.

Remarquons alors que l'image laryngoscopique que nous obtenons ainsi nous paraît très semblable à celle que nous donne la paralysie du récurrent. Cependant, par une observation plus attentive, on a réussi à trouver au jeu des cordes vocales, dans l'arthrite crico-aryténoïdienne, des particularités qui la distinguent tout à fait.

En effet, les auteurs classiques nous disent que dans la paralysie du récurrent, la corde vocale du côté malade reste, pendant la phonation, « dans la

position cadavérique », tandis que la corde vocale du côté sain effectue un mouvement d'adduction qui la ramène même au-delà de la ligne médiane ; elle ne fait en cela que suivre l'aryténoïde sur lequel elle s'insère et qui vient chevaucher sur l'aryténoïde intéressé. Ketteler [1] prétend même que, en forçant la voix, la corde vocale saine peut être ramenée de façon à reposer sur la corde paralysée.

Voilà des signes très particuliers qui, comme l'a bien indiqué Grabover, n'existent pas dans l'arthrite crico-aryténoïdienne, et suffisent à distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Le signe de Grabover pourra donc s'énoncer ainsi : « Immobilisation en adduction de la corde vocale du côté malade, mais sans chevauchement, pendant la phonation, de l'aryténoïde sain sur l'aryténoïde intéressé et sans entraînement de la corde vocale saine au-delà de la ligne médiane. »

Citons enfin, comme dernier symptôme provenant de l'examen laryngoscopique, le signe de Ruault. C'est un excellent symptôme presque pathognomonique, qui nous montre que la corde vocale du côté malade se trouve située dans un plan horizontal qui est supérieur au plan occupé par la corde du côté sain. Ce signe, dont l'existence est indiscutable, ne peut être dû qu'à la distension de la cavité articulaire par du liquide inflammatoire. Il est à supposer que ce

(1) Ketteler. *Archiv. der Heilkünde*, 1869.

liquide repousse en haut le cartilage aryténoïde, surélevant de ce fait l'apophyse vocale correspondante. Avec un peu d'habitude, on arrive à très bien distinguer ce signe sur le miroir laryngoscopique, mais ce signe devient encore bien plus évident si on fait exécuter au malade une rotation de la tête.

Il nous reste enfin à signaler, afin d'être complet, un signe qui a une importance moindre et dont la recherche n'est pas d'une pratique courante ; il est dû à Grünwald : si l'on fait avaler au malade une sonde œsophagienne, celui-ci se plaint d'une douleur très vive et très nettement localisée au côté malade.

Ce dernier signe n'est qu'un signe de pur contrôle, qui peut cependant être utile parfois, quand le diagnostic est hésitant.

Symptômes généraux. — Les troubles de l'état général appartiennent à la maladie qui a engendré l'arthrite, et nous n'avons pas à nous en préoccuper ici. Notons seulement un léger état fébrile.

La seule chose à retenir est la préexistence, ou quelquefois la coexistence de manifestations articulaires extra-laryngées. Il ne faudrait pas croire cependant que, dans les infections, les articulations crico-aryténoïdiennes sont toujours les dernières à être lésées ; souvent, au contraire, elles inaugurent le rhumatisme ; citons seulement à l'appui de ce fait l'observation, déjà mentionnée, de Potain, et encore l'observation de Baurowickz, que nous nous permettons de rapporter ici :

OBSERVATION XV

De Baurowickz, rapportée par Jankelevitch

(Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale).

La malade éprouvait depuis cinq jours de la dysphagie, limitée au côté gauche du larynx, la voix était peu voilée. Pas de fièvre.

On trouva le cartilage aryténoïde gauche tuméfié, surtout au niveau de l'articulation. D'une coloration rougeâtre, la corde vocale gauche était complètement immobile en position médiane.

La palpation de la région aryténoïde gauche causait de la douleur. Quoique cette légère tuméfaction ne se trouvât accompagnée d'aucune tuméfaction, plus ou moins prononcée, qui put expliquer l'immobilité de la corde vocale, on croyait se trouver en présence d'une inflammation sous-muqueuse, et on ordonna des inhalations chaudes de sulfate de zinc à 1 °/₀ et des cataplasmes de farine de lin.

La malade éprouvait déjà une amélioration le lendemain. La tuméfaction de l'aryténoïde était diminuée, mais la corde vocale restait immobile. Le soir du même jour, la malade eut un accès de fièvre et éprouva une douleur dans plusieurs articulations, surtout dans le genou gauche.

Le lendemain matin, elle aperçut sur sa peau de nombreuses taches rouges, et vers 9 heures, elle commença à transpirer. Pas de tuméfaction dans le larynx, mais même immobilité de la corde vocale.

Comme la cause de l'affection était alors claire, on prescrivit du salicylate et des compresses d'acétate d'alumine sur le genou gauche.

Ce n'est qu'au neuvième jour de la maladie, que la mobilité de la corde vocale commença à revenir, quoique

l'adduction de cette corde restât toujours faible et quelques jours plus tard seulement tout rentra dans l'ordre pour toutes les articulations.

Ce cas présente donc les particularités suivantes :

1° L'affection crico-aryténoïdienne a précédé de six jours celle des autres articulations ;

2° L'immobilité de la corde vocale a persisté alors que la tuméfaction avait disparu ;

Ce n'est donc pas à la tuméfaction péri-articulaire qu'était due l'immobilité de la corde vocale, mais bien à l'affection de l'articulation.

Arthrites crico-thyroïdiennes

Les arthrites crico-thyroïdiennes semblent avoir été relatées pour la première fois par notre maître Escat.

Escat, en 1901 (janvier-février), en publie deux cas dans les *Archives nationales de Laryngologie* ; ces deux observations, fort intéressantes, paraissent démonstratives et semblent affirmer l'existence d'arthrites crico-thyroïdiennes, bien que Escat lui-même se contente, comme il le dit, « de soulever la question sans vouloir la résoudre ».

En théorie, en effet, il est logique de supposer que l'articulation crico-thyroïdienne ne sera pas plus que toute autre à l'abri des rhumatismes, et, de plus, nous devons croire que l'immobilisation du cartilage thyroïde et du cricoïde, par suite d'arthrite, devra se révéler par des troubles assez importants pour atti-

rer sur elle l'attention des cliniciens, puisque les mouvements de flexion du thyroïde sur le cricoïde sont indispensables à la phonation.

C'est au travail d'Escat que nous emprunterons en essayant de la commenter toute la symptomatologie, car, comme nous l'avons dit plus haut, il est encore le seul à s'être occupé de cette question.

Troubles fonctionnels. — Citons d'abord la douleur. C'est une douleur spontanée, faible souvent et se résumant à une sensation de gêne qui s'exagère à la phonation, la toux et la déglutition.

Nous verrons, aux signes physiques, que cette douleur s'augmente aussi par la palpation pratiquée en certains points de la région prélaryngée. On ne constate pas de dyspnée ; en effet, les mouvements respiratoires s'accomplissent très librement car les cordes vocales s'écartent largement dans l'inspiration profonde.

Le trouble fonctionnel le plus intense est un trouble vocal ; c'est l'aphonie. Il y a, en effet, aphonie souvent complète dans l'arthrite crico-thyroïdienne, même lorsque la lésion est unilatérale ; on conçoit, en effet, que les mouvements de flexion du cartilage thyroïde sur le cricoïde, mouvements indispensables à la phonation, sont compromis, et cela suffit pour déterminer une aphonie presque complète. Le malade ne pourra parler qu'à voix chuchotée.

Signes physiques. — L'inspection de la région prélaryngée ne nous fournit rien de spécial à l'arthrite crico-thyroïdienne. La palpation, au contraire, va nous donner des signes forts importants et sur lesquels même va reposer le diagnostic.

La palpation va d'abord réveiller une vive douleur si l'on presse au niveau des cornes inférieures du cartilage thyroïde ; cette douleur peut être réveillée d'une autre façon, en rapprochant avec deux doigts, à travers les téguments, les cartilages thyroïde et cricoïde.

D'après Escat, on pourrait peut-être obtenir la même réaction douloureuse par l'excitation faradique du muscle crico-thyroïdien. La palpation enfin va nous donner le signe pathognomonique de l'arthrite crico-thyroïdienne ; c'est la persistance des contractions des muscles crico-thyroïdiens pendant l'effort vocal exagéré. En effet, si sur un sujet maigre, on applique les pouces de chaque côté de la ligne médiane et si pendant ce temps on fait prononcer très fortement au malade la voyelle *é*, on peut percevoir assez nettement la contraction musculaire des crico-thyroïdiens. On conçoit d'emblée toute l'importance de ce signe pour le diagnostic différentiel avec la paralysie du laryngé externe, affection très souvent confondue avec celle qui fait le sujet de notre entretien. Disons tout de suite, en effet, que dans la paralysie du laryngé externe, la contraction des crico-thyroïdiens ne peut être constatée puisque les

muscles, du fait de la paralysie, passent à l'état de flaccidité permanente.

Malheureusement, la recherche de cet important symptôme ne peut pas se pratiquer chez les sujets gras, car la palpation est entravée par l'adiposité locale qui vient fatalement diminuer l'intensité des sensations tactiles.

L'inspection de la cavité buccale laisse constater dans la plupart des cas la présence d'une pharyngo-laryngite catarrhale, analogue à celle dont l'existence a déjà été constatée dans l'arthrite crico-aryténoïdienne.

L'examen laryngoscopique nous montre au miroir une image en tout point semblable à celle de la paralysie du laryngé externe. On voit en effet qu'au moment de l'émission de la voix de tête, les cordes vocales sont relâchées et donnent une fente glottique dont les bords sont sinueux ; l'épiglotte est abaissée et voile la commissure vocale qui normalement devrait être à découvert. Avec les mouvements respiratoires, rien de particulier ; les cordes vocales s'écartent largement pendant l'inspiration.

Symptomes généraux. — Pour les symptômes généraux, nous n'insisterons que sur leur peu d'importance.

L'état général est en tout point identique à celui que nous avons décrit pour les arthrites crico-aryténoïdiennes.

Nous relaterons, pour clore ce chapitre, les deux observations publiées par Escat, dans les *Archives de Laryngologie*, où l'auteur nous montre deux cas très intéressants d'arthrite crico-thyroïdienne.

OBSERVATION XVI

Escat. *Archives de Laryngologie*, 1901.

(Arthrite crico-thyroïdienne rhumatismale).

Le 3 avril 1897, je suis appelé auprès de Mme D..., âgée de 27 ans, atteinte depuis huit jours d'angine catarrhale qui vient d'être suivie de manifestations polyarticulaires subaiguës assez légères.

La température matinale, au moment où j'observe la malade, est de 37°9.

Elle m'a fait appeler, car elle vient de se réveiller avec une aphonie très prononcée.

La palpation du larynx est douloureuse.

Je pratique l'examen laryngoscopique et j'observe l'état suivant ; la muqueuse laryngée est hyperhémiée, mais les cordes vocales ont conservé leur couleur à peu près normale; elles s'écartent largement dans l'inspiration profonde, elles se rapprochent normalement dans l'effort de phonation; leur bord est rectiligne dans cette position, sans concavité ni sans ondulation.

L'émission de la voyelle *é* est impossible ; pendant l'effort que fait la malade pour la prononcer, effort pénible accompagné de douleur laryngée, l'épiglotte reste abaissée et ne se relève point comme elle doit le faire normalement pour découvrir la commissure pendant l'émission d'un son de tête.

Devant ces signes, je pense évidemment à une paralysie

du laryngé externe; je suis toutefois frappé de sentir très nettement sous le pouce, à la palpation de l'espace inter-crico-thyroïdien pendant l'effort de phonation, les contractions très nettes du muscle crico-thyroïdien.

La malade prenant déjà du salicylate de soude, je l'engageai à continuer ce traitement et je me contentai de prescrire un petit vésicatoire sur la région prélaryngée, avec l'intention d'exercer une action révulsive sur le laryngé externe.

Trois jours après, la voix était redevenue normale et tous les signes fonctionnels et laryngoscopiques que nous avons signalés avaient disparu.

Aujourd'hui seulement, je me demande si, en raison de la persistance des contractions du muscle crico-thyroïdien, il n'y a pas lieu de supposer qu'il s'est plutôt agi d'une arthrite crico-thyroïdienne que d'une paralysie du nerf laryngé externe de nature rhumatismale.

OBSERVATION XVII

Escat. — *Archives de Laryngologie*, 1901.

(Arthrite crico-thyroïdienne rhumatismale).

Mme M..., 42 ans, vient me consulter le 17 novembre 1898 pour une aphonie presque subite qu'elle attribue à un coup de froid. Depuis quatre jours, elle ne peut parler qu'à voix chuchotée.

Les signes fonctionnels et laryngoscopiques sont absolument identiques à ceux relevés dans l'observation précédente, toutefois l'effort vocal est plus douloureux; la douleur, à la pression de l'articulation crico-thyroïdienne droite, est plus vive et assez superficielle.

Le rapprochement artificiel entre le pouce et l'index, à travers les téguments du cartilage thyroïde et du cartilage cricoïde, réveille très nettement la même douleur.

Enfin, les contractions des muscles crico-thyroïdiens se font normalement. Cette dame est sujette à des manifestations mono-articulaires subaiguës; un mois auparavant, elle avait eu un rhumatisme du genou gauche.

Je pense à une arthrite crico-thyroïdienne. J'applique un vésicatoire sur la région prélaryngée et, dès le lendemain, la voix recouvre toute son intégrité comme par enchantement.

Marche. Complications. Pronostic

L'arthrite primitive du larynx s'installe dans la majorité des cas d'une façon très insidieuse, si insidieuse quelquefois qu'elle peut passer complètement inaperçue.

Nous avons déjà vu que, dans l'infection rhumatismale, elle peut survenir en plein cours de rhumatisme, alors qu'il y a déjà d'autres manifestations articulaires dans les divers points du corps ; nous avons vu aussi qu'elle peut au contraire ouvrir la scène et inaugurer le rhumatisme. Dans la grippe, elle survient plutôt à la période de déclin qu'à la période d'état, mais elle peut en être aussi le premier symptôme (Potain) ; dans la blennorrhagie, elle peut se montrer à toute période et dans la syphilis, nous avons vu qu'elle semble constituer un accident de la période tertiaire.

Une fois installée, l'arthrite laryngée marche d'une manière assez rapide, elle évolue dans l'espace de deux ou trois septenaires, et se termine généralement par une guérison complète. Dans un certain

nombre de cas cependant, la guérison ne se produit qu'au prix d'infirmités locales plus ou moins longues à guérir.

Occupons-nous un peu des complications.

Comme première complication, parlons du passage à l'état chronique.

Nous devons signaler en passant la tendance qu'ont les arthrites laryngées à récidiver dans le rhumatisme vrai (Grünwald).

Dans l'état chronique, nous avons une arthrite chronique de l'articulation crico-aryténoïdienne, et Potain rapporte que chez certaines personnes sujettes au rhumatisme et à ses complications laryngées, on a pu voir, au laryngoscope, pendant les accidents subaigus, se former, autour des articulations laryngiennes, des taches saillantes, blanchâtres dont la coloration ressort nettement sur le fond rosé de la muqueuse laryngée ; ce sont des nodosités semblables à celles que l'on peut voir chez ces mêmes personnes autour des petites articulations de leurs membres.

Escat admet même l'existence du rhumatisme déformant du larynx et il publie l'observation d'un état qu'il propose d'intituler « rhumatisme noueux du larynx ». Voici la reproduction de cette observation :

OBSERVATION XVIII

Escat.

(Rhumatisme noueux du larynx).

Mme T..., soixante ans, de Saint-Gaudens, atteinte depuis douze ans de rhumatisme chronique déformant à localisations multiples, est affligée depuis un an d'une dysphonie, dont l'apparition à coïncidé avec une poussée subaiguë rhumatismale des articulations des membres.

Je vois la malade, le 22 avril 1900.

La voix est simplement rauque ; pas d'autre symptôme.

La corde droite, à l'examen laryngoscopique, se montre en adduction, comme dans une paralysie récurrentielle ; la saillie aryténoïdienne du côté correspondant paraît hypertrophiée.

Pendant l'effort de phonation, on voit la corde du côté malade se contracter, mais en n'observe pas le chevauchement des aryténoïdes.

L'exploration de la région cervicale et l'auscultation du cœur restent négatives.

La temporale et la radiale sont cependant athéromateuses.

La malade, peu incommodée par sa raucité, renonce à se soumettre à un traitement actif; je lui prescris de l'iodure de sodium.

Je n'ai pas eu occasion de la revoir.

Cette observation me paraît devoir être rapprochée des cas d'ankylose par rhumatisme chronique qui ont été publiés, et qui semblent répondre à un véritable état de *rhumatisme noueux* du larynx.

Mais en dehors de cela, en dehors de cette forme chronique d'arthrite laryngée, il se peut que par suite

d'une trop longue immobilité, il se forme du tissu fibreux post-inflammatoire dans la cavité articulaire, d'où inévitablement ankylose consécutive.

L'ankylose n'est pas un accident rare des arthrites laryngées, de quelque nature que soient ces arthrites, mais elle cède assez rapidement à un traitement approprié et elle est rarement définitive.

Les articulations laryngées étant en tout point semblables aux autres articulations de l'organisme, nous ne serons pas étonnés de trouver, après une arthrite, de l'atrophie musculaire. Cette complication est rare cependant, mais elle existe indubitablement, le cas du malade de Libermann (obs. VI) en est un exemple très net, et nous relevons dans cette observation une atrophie indéniable de la corde vocale gauche.

Mais parlons maintenant des complications de l'état aigu ; ce sont les plus rares mais aussi les plus graves. Nous devons considérer comme une complication le fait d'avoir une arthrite double ; dans ce cas, les deux cordes vocales sont immobilisées sur la ligne médianne, et il se produit alors une exagération terrible des troubles fonctionnels ; il y a tirage et suffocation, et cela peut aller jusqu'à l'asphyxie et la mort.

On a cité aussi comme venant compliquer le tableau des arthrites laryngées : la suppuration. Une arthrite séreuse peut devenir suppurée sous des influences diverses, et l'on comprend aisément non seulement

l'importance du retentissement sur l'état général, mais encore l'exagération de gravité de l'état local. La suppuration peut se faire jour hors de l'articulation et envahir les parties avoisinantes produisant des abcès secondaires qui peuvent s'ouvrir soit dans le larynx par le moyen d'une ulcération de la muqueuse, soit dans l'œsophage, soit à l'extérieur, par un trajet fistuleux donnant lieu, comme on l'a vu une fois, à de l'emphyzème sous-cutané.

Dans d'autres cas, le processus inflammatoire s'étend de la synoviale au périchondre et au cartilage, donnant alors des périchondrites secondaires qui peuvent, dans les cas graves, se terminer par la nécrose des cartilages et leur expulsion.

Mais l'accident le plus grave qui peut survenir au cours d'une arthrite du larynx, c'est l'extension aux parties molles et aux cordes vocales de l'œdème qui, dans les cas ordinaires, est localisé à la région aryténoïdienne. Il y a alors œdème de la glotte avec le tableau terrifiant qui le caractérise : gêne croissante de la respiration, dyspnée constante avec paroxysmes qui peuvent devenir mortels.

Mais, heureusement, la plupart des synovites laryngées n'en arrivent pas là ; elles évoluent, comme nous l'avons dit, pendant quinze jours ou trois semaines et se terminent d'ordinaire par la guérison.

Par conséquent, on ne peut pas dire que le pronostic des arthrites laryngées soit grave ; les com-

plications sont rares, mais en revanche, elles sont éminemment dangereuses tant pour la vie que pour la fonction.

Diagnostic différentiel

Nous avons vu, à l'étude de la symptomatologie, que les arthrites crico-aryténoïdiennes et les arthrites crico-thyroïdiennes se présentaient avec un tableau clinique bien différent, d'où la nécessité de diviser en deux parties, une pour chacune de ces deux affections, le chapitre concernant leur diagnostic différentiel.

Arthrites crico-aryténoïdiennes.

Les troubles fonctionnels que nous avons énumérés comme symptômes de l'arthrite crico-aryténoïdienne sont communs à un grand nombre d'affections laryngiennes ; nous les retrouvons dans les laryngites aiguës, dans les œdèmes du larynx, dans le rhumatisme des muscles laryngés, etc., mais il est inutile de trop insister sur la manière de distinguer les arthrites de ces diverses affections, car l'examen laryngoscopique seul suffit à lever tous les

doutes. L'examen au miroir nous montre que, dans l'arthrite, l'articulation crico-aryténoïdienne est tuméfiée, réduite à l'immobilité et que la corde vocale correspondante est fixée en adduction. Ces signes physiques n'existent pas dans les maladies que nous avons énumérées plus haut et cela suffit pour établir notre diagnostic.

Mais il est deux autres affections, qui même après examen laryngoscopique peuvent être facilement confondues avec l'arthrite crico-aryténoïdienne. Ce sont : la paralysie récurrentielle et la périchondrite de l'aryténoïde.

La paralysie recurrentielle unilatérale nous donne en effet des troubles vocaux, de la dysphonie ; la pression exercée sur les côtés du cricoïde peut réveiller une douleur, comme l'a prouvé Exner en démontrant que le récurrent avait non seulement des fonctions motrices mais encore des fonctions sensitives. L'image laryngoscopique nous montre la corde vocale correspondante immobilisée en adduction pendant la phonation. Voilà de nombreux points de ressemblance avec l'arthrite crico-aryténoïdienne ; cependant, en pratiquant avec un peu d'attention l'examen laryngoscopique on peut remarquer que, à l'inverse de la paralysie du récurrent, il n'y a pas dans l'arthrite crico-aryténoïdienne de chevauchement des aryténoïdes pendant la phonation ; il n'y a pas non plus entraînement de la corde vocale au-delà de la ligne médiane (signe de Grabover).

De plus, le signe de Ruault, ou surélévation de la corde vocale du côté malade, manque dans la paralysie du récurrent. D'ailleurs, nous n'avons pas, dans la paralysie récurrentielle, l'allure clinique de l'arthrite crico-aryténoïdienne ; il n'y a pas d'état fébrile, il n'y a pas de laryngo-pharyngite catarrhale, pas de tuméfaction des saillies aryténoïdes ; il n'y a pas de lésions articulaires extra-laryngées coexistantes, et enfin, la lésion, au lieu d'évoluer en trois septenaires et d'arriver à la guérison par un traitement approprié, est longue à guérir, s'enracine et devient rebelle à toute intervention thérapeutique.

La périchondrite primitive de l'aryténoïde peut aussi simuler l'arthrite crico-aryténoïdienne. Là, non seulement l'examen laryngoscopique a beaucoup d'analogies dans les deux cas, mais encore les symptômes généraux ont bien de points communs ; ainsi, l'état fébrile, l'état catarrhal de l'organe vocal existent dans les deux affections.

Mais, dans tous les cas où l'on aura à hésiter, il faut songer que le diagnostic de périchondrite primitive est difficile à établir ; certains même prétendent que la périchondrite ne peut être reconnue qu'à sa fin tout à fait et que le diagnostic n'est définitivement fait que si l'on sent par la sonde laryngienne le cartilage dénudé, ou s'il y a expectoration de fragments.

Dans les cas où le diagnostic sera vacillant, on pourra cependant, pour déceler l'arthrite, se baser sur la localisation de la tuméfaction inflammatoire

qui, au début de l'affection, n'atteint que l'interligne articulaire et forme là un bourrelet œdémateux. On pourra tenir compte aussi de la présence d'autres troubles articulaires extra-laryngés.

Le signe de Ruault manque dans la périchondrite.

Il faut encore faire le diagnostic avec le sarcome des bandes ventriculaires au début, qui donne la plupart du temps une immobilisation de la corde vocale correspondante. Mais à part ce fait que la tumeur apparaît sous la forme d'un gonflement irrégulier et mal défini, nous constaterons que le sarcome n'a pas l'allure d'une maladie aiguë et que sa marche diffère largement de la marche rapide de la synovite crico-aryténoïdienne.

L'infiltration tuberculeuse de la région aryténoïdienne peut aussi immobiliser en adduction la corde vocale correspondante, mais dans ce cas nous aurons pour éclaircir notre diagnosctic un état général le plus souvent délabré et en tout cas des lésions pulmonaires, conformément à la loi de Louis.

Disons encore que l'arthrite crico-aryténoïdienne ne pourra pas être confondue avec l'œdème de la glotte primitif a frigore, car dans ce cas, l'historique et l'examen laryngoscopique, qui nous montrera une tuméfaction généralisée des parties molles et aussi de l'épiglotte, qui affecte dans ce cas la forme de deux gonflements ronds et rouges pressés l'un contre l'autre, nous éclaireront sur la nature réelle de la maladie.

Arthrites crico-thyroïdiennes.

L'arthrite crico-thyroïdienne peut être confondue très aisément avec la paralysie du laryngé externe, car les images laryngoscopiques des deux affections sont parfaitement superposables.

Il y a cependant dans leur tableau clinique des différences assez importantes, pour éclairer notre diagnostic différentiel.

Nous aurons, en effet, l'existence de lésions articulaires extra-laryngées, des symptômes de pharyngo-laryngite catarrhale, la présence d'un état fébrile qui nous détermineront déjà pour l'arthrite crico-thyroïdienne.

Enfin, si nous pouvons constater par la palpation la persistance des contractions des muscles crico-thyroïdiens, le diagnostic d'arthrite crico-thyroïdienne est alors imposé, car il est évident que dans la paralysie du laryngé externe, les muscles crico-thyroïdiens, qui sont innervés par son intermédiaire, ne se contractent plus.

Disons, pour terminer, que chaque arthrite a, selon sa nature, des signes qui lui sont spéciaux.

La particularité de l'arthrite primitive rhumatismale réside dans son évolution; en effet, d'après

Grünwald, marche rapide, apparition après refroidissement, tendance à récidiver, telle est la caractéristique de « l'inflammation primaire crico-aryténoïdienne rhumatismale ».

L'arthrite primitive syphilitique a aussi des caractères spéciaux, et son diagnostic est basé sur l'existence d'une syphilis antérieure, sur la coexistence d'une lésion syphilitique extra laryngée (un iritis, par exemple, comme dans le cas de Rueda) et enfin sur l'efficacité du traitement spécifique. De plus, il y a absence de douleur spontanée ou provoquée, et, à l'examen par la sonde laryngienne, on trouve une consistance ferme de la tumeur aryténoïdienne; ces signes excluent la possibilité d'une lésion inflammatoire aiguë.

Quant aux deux autres sortes d'arthrites primitives du larynx (arthrites blennorrhagiques, arthrites grippales), leur diagnostic se fait par le diagnostic de la maladie qui les a déterminées.

Traitement.

Pour être logique, le traitement d'une arthrite laryngée s'attaquera d'abord à la maladie qui a engendré l'arthrite et il variera par conséquent selon que nous aurons affaire à une arthrite rhumatismale, grippale, syphilitique ou blennorrhagique.

Sans nous attarder sur le traitement général, disons cependant qu'il sera bon d'avoir recours au salicylate de soude, au salol, au salophène et à la médication alcaline dans les arthrites rhumatismales, et nous en viendrons aussitôt au traitement local.

Ici, nous avons plusieurs indications à remplir : d'abord enrayer le processus inflammatoire pour éviter des complications, puis calmer la douleur et enfin conbattre les troubles fonctionnels.

a). Pour enrayer le processus inflammatoire, nous avons à notre disposition deux moyens thérapeutiques : la dérivation et la révulsion :

1° La dérivation pourra se faire par l'administration de purgatifs salins et par des bains de pied très chauds et sinapisés.

2° Quant à la révulsion, elle consistera, suivant les cas, en pointes de feu, sangsues, scarifications prélaryngées, mais, dans la plupart des cas, le mieux est de pratiquer ou des applications locales de salicylate de méthyle, ou encore de placer de chaque côté, sur les bords latéraux du cartilage thyroïde, deux petits vésicatoires de 3 centimètres de côté.

L'application d'un vésicatoire est un moyen excellent quand on n'a pas à craindre de complications rénales.

b). Pour combattre la douleur, il faut exiger le repos absolu de l'organe et le silence complet, et après cela, on peut donner des calmants pris à l'intérieur : opium, antipyrine, etc.

c). Contre la dyspnée, signalons les inhalations d'oxygène ; mais si, malgré tout, les troubles fonctionnels deviennent trop alarmants, s'il y a suffocation et menace d'asphyxie, le médecin en sera réduit à pratiquer le tubage ou, en dernier ressort, la trachéotomie.

Les précautions hygiéniques, que l'on doit bien se garder de négliger, ont été décrites par M. Lacoarret ; ces précautions, en même temps que thérapeutiques, sont aussi prophylactiques :

« D'une façon générale, dit M. Lacoarret, on recommandera au malade d'éviter le froid et l'humidité, de s'abstenir de boissons irritantes, d'aliments solides et épicés ; on lui défendra de fumer, de respirer dans

une atmosphère chargée de fumée, de poussières, etc., tout exercice violent, tout effort lui sera évité. Le repos au lit sera préférable dans les cas un peu intenses ».

En suivant méthodiquement ce traitement, et en le faisant varier suivant les indications symptomatiques, on arrivera facilement à guérir rapidement les arthrites laryngées et à réduire à néant une affection qui s'annonce parfois par des troubles fonctionnels très alarmants.

Si la maladie passe à l'état chronique, révulsion et iodure de potassium à l'intérieur.

S'il se produit une ankylose crico-aryténoïdienne, on en est réduit à pratiquer la mobilisation de l'articulation par des moyens mécaniques. La pince dilatatrice de Courtade ou les dilatateurs de Schrötter rendront dans ce cas de signalés services. Pour l'ankylose crico-thyroïdienne, Escat prétend que le massage prélaryngé qui rétablit les mouvements de flexion du thyroïde sur le cricoïde, mouvements nécessaires à la phonation, est d'une utilité incontestable ; on peut y joindre la faradisation du muscle crico-thyroïdien.

CONCLUSIONS

1° Les arthrites primitives du larynx doivent prendre place dans la pathologie de cet organe; l'existence des arthrites crico-aryténoïdiennes est certaine, celle des arthrites crico-thyroïdiennes, bien que cette affection soit encore peu étudiée, semble cependant évidente.

2° Le rhumatisme articulaire aigu, la blennorrhagie, la grippe et la syphilis sont encore les seules infections dans lesquelles on ait nettement observé des arthrites primitives du larynx.

3° Comme beaucoup d'arthrites laryngées ont des symptômes peu bruyants et évoluent sans fracas, presque insidieusement, il serait nécessaire que les médecins se préoccupent davantage des troubles laryngés qu'ils observent dans les diverses infections.

4° L'anatomie pathologique des arthrites laryngées est encore très incomplète. Il faudrait pour l'enri-

chir, que dans toutes les autopsies d'infections multiples des séreuses, l'examen des articulations laryngées ne soit pas aussi négligé qu'il l'a été jusqu'à ce jour.

5° La symptomatologie des arthrites laryngées est maintenant très nette ; les arthrites laryngées possèdent quelques signes vraiment pathognomoniques, ce sont : pour l'arthrite crico-aryténoïdienne le signe de Grabover et le signe de Ruault ; pour l'arthrite crico-thyroïdienne, la persistance des contractions des muscles crico-thyroïdiens.

6° Les arthrites du larynx sont une maladie généralement bénigne, mais dont les complications peuvent être d'un pronostic très peu favorable pour la vie autant que pour la fonction.

7° Un traitement approprié a de grandes chances de mener à bien les arthrites primitives du larynx pendant la période aiguë. A l'état chronique, celles-ci deviennent plus rebelles aux interventions thérapeutiques.

Vu : *Le Président de la thèse*,
ANDRÉ.

Vu : *le Doyen*,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 7 juillet 1902.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

Toulouse. Imp. MARQUÉS et Cie, boulevard de Strasbourg, 22.